

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 147

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Emmanuel GAHAN

Né à New-York (U. S. A.) le 14 octobre 1903
Ancien externe des Hopitaux de Paris

SUR

LES DIVERS TRAITEMENTS

DES

VERRUES VULGAIRES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Emmanuel GAHAN

Né à New-York (U. S. A.) le 14 octobre 1903

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

SUR

LES DIVERS TRAITEMENTS

DES

VERRUES VULGAIRES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LÉJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER. . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR FERRAND

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES PROFESSEURS HARTMANN, NOBÉCOURT,
TEISSIER

MM. LES DOCTEURS ALGLAVE, CLERC, DEVRAIGNE,
HUDELO, LAUBRY, R. MONOD

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRAUDEAU.

SUR
LES DIVERS TRAITEMENTS
DES
VERRUES VULGAIRES

INTRODUCTION

Les verrues sont connues depuis la plus haute antiquité. Il semble, cependant, que les anciens les confondaient avec une foule d'autres lésions qui avaient pour caractère commun la saillie qu'elles faisaient sur la peau ; on les mélangeait pêle-mêle avec les autres tumeurs bénignes des téguments. Pour expliquer leur étiologie, on invoquait des termes qui ne sont plus pour nous, à l'heure actuelle, que des mots sans grande signification. Devant une telle confusion, il est plutôt difficile de suivre leurs descriptions.

En ce qui concerne le traitement, on retrouve des procédés innombrables. Il existait quantités de formules fantastiques, et des moyens extraordinaires que le peuple employait avec la plus grande conviction, tels que les fientes de certains animaux, des herbes, des sucs de certaines plantes (le lierre, le froment, et surtout la grande chélidoine). Chose

curieuse (dont nous aurons l'occasion de reparler), ces recettes bizarres réussissaient souvent fort bien. Ainsi, se confiait-on volontiers aux sorciers qui pouvaient, presque à coup sûr, faire disparaître les verrues.

A côté de ces moyens, il y avait des procédés scientifiques. Au xvi^e siècle le grand chirurgien Ambroise Paré a combattu la thérapeutique empirique en employant, le premier, l'ablation au bistouri et la destruction par le feu. Plus tard, au xviii^e siècle, Lorry (à qui l'on doit le premier livre consacré entièrement aux maladies de la peau), sous l'influence des doctrines humorales de son époque, faisait au traitement interne une part considérable ; puisqu'il s'agissait pour lui d'une maladie constitutionnelle, il recommandait des bains et un régime doux constitué en partie par le lait d'ânesse.

Au xix^e siècle, à la suite des progrès faits en anatomie pathologique, on a appris que les verrues étaient constituées par des papilles hypertrophiées recouvertes d'un revêtement épithélial. Rayet, en 1835, en a donné la définition suivante : de petites éminences produites par l'hypertrophie des papilles et quelquefois de toutes les couches de la peau. Mais c'est surtout au grand anatomo-pathologiste allemand Rudolph Virchow que nous devons la première étude complète sur leur anatomie et sur leur pathogénie. Dans son *Traité des Tumeurs*, après avoir remarqué que les anciens s'attachaient uniquement à la forme macroscopique, il a insisté

particulièrement sur la structure histologique ; il a démontré qu'il n'était nullement nécessaire qu'il y eût des papilles préalablement existantes, et que ce n'était pas toujours dans les régions les plus papillaires physiologiquement que l'on voyait se développer ces tumeurs. Pour lui la base de la formation verruqueuse était le tissu conjonctif qui jouait le rôle primordial.

De tout temps le peuple a considéré ces excroissances comme contagieuses. Pourtant le monde médical du ^{xix}^e siècle rejeta cette idée. Rayer, par exemple, sachant que l'on prétendait que le sang qui s'écoule d'une verrue peut, par son contact, en provoquer d'autres, essaya de l'expérimenter pour s'en assurer, mais toujours sans aucun succès. Cruveilhier raconte sceptiquement que Barruel lui ayant montré une traînée de verrues sur la face dorsale de la main lui assura qu'elles s'étaient formées sur le trajet du sang qui s'était écoulé après la section de ces petites tumeurs. En passant, nous tenons à dire que nous ne considérons pas cet exemple comme un argument probant de la théorie de la contagiosité. Dans ce cas particulier, il s'est agi vraisemblablement d'une série d'éléments greffés linéairement sur une strie de grattage. Or, nous voici en présence d'un phénomène curieux qui ne se voit guère que dans trois dermatoses : les verrues, le lichen plan et le psoriasis. Or, il n'est nullement démontré que le lichen plan soit sûrement d'origine microbienne. Quant au psoriasis, M. Darier écrit

dans son *Précis* : la doctrine parasitaire n'est qu'une vue de l'esprit, à la fois insuffisante et sans base scientifique.

Corneau, en 1882, a résumé dans sa thèse les notions étiologiques de son époque et les progrès que la science avait apportés jusqu'alors au traitement : « Il vaudrait mieux dire que nous ne savons rien de la cause des verrues. Les anciens médecins ne négligeaient pas le traitement local, et en somme, nous pouvons dire que depuis des siècles on n'a guère ajouté à leurs méthodes ». Un peu plus tard Roussel a écrit : « Jusqu'à ces dernières années on ne savait à peu près rien sur les verrues. Les médecins auraient répété volontiers avec Celse : il y a presque de la sottise à s'occuper des boutons, des lentilles, et des éphélides ».

C'est au dermatologiste italien Majocchi que revient le mérite d'avoir cherché pour la première fois la solution de l'étiologie du côté de la bactériologie. En 1882, il a décrit un bacille spécial, le *bacterium porri*, qu'il a considéré pathognomonique des verrues, car il l'avait cultivé et inoculé avec succès. Deux ans plus tard, Cornil et Babès ont confirmé ces travaux. En 1888, Kuhnemann a défini les propriétés de ce microbe ; ce serait un bâtonnet ne dépassant jamais les dimensions de 0,5 μ . Malheureusement, ce bacille n'a jamais pu être retrouvé depuis, et les résultats qu'avait obtenus Majocchi ont finalement été rejetés.

Dans l'opinion médicale le doute persistait tou-

jours au sujet de la contagiosité. Hardy a écrit notamment dans son *Traité des maladies de la peau* (1886) : « Les gens du monde et même quelques médecins ont admis la contagion comme cause du développement de certaines verrues. Mais cette opinion sur la faculté contagieuse auraient besoin d'une démonstration plus rigoureuse. »

Pourtant les cas indiscutables de contagion contrôlés scientifiquement se sont multipliés et les médecins ont fini par admettre l'hypothèse qui avait régné parmi le peuple pendant des siècles. En 1891, Payne a cité un cas d'inoculation sur lui-même. Variot, en 1895, a réalisé expérimentalement un cas d'inoculation de l'enfant à l'homme. Il a fallu cependant les belles recherches de Jadassohn en 1895, pour rendre cette preuve concluante. Cet auteur a fait 15 expériences sur 6 sujets volontaires (lui-même et ses assistants), en tout 74 inoculations, dont 33 positives. Il a établi que la période d'inoculation est fort longue pour une affection tellement commune, variant de 7 semaines à 3 mois et même plus. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que dans ces expériences toutes les verrues sont restées petites, et que toutes, après avoir persisté quelque temps, ont disparu spontanément. Histologiquement, les coupes se sont montrées typiques.

En 1907, Sera a accusé un virus filtrant comme agent pathogène des verrues vulgaires. Quelques années plus tard, les beaux travaux de Wile et Kin-

gery ont contrôlé rigoureusement ces résultats, et ils ont conclu que :

1° Les filtrats stériles de sucs obtenus de verrues est capable de produire des hyperkératoses localisées qui sont identiques aux verrues vulgaires, et cliniquement et pathologiquement ;

2° La lésion expérimentale initiale est une verrue plate qui ne diffère aucunement de celles caractéristiques des verrues planes ;

3° De l'hypertrophie interpapillaire, de l'inflammation et une tendance accentuée à l'hyperkératose se manifestent secondairement par le traumatisme ; il semble, comme Unna le croyait, que la lésion primaire soit une acanthose avec aplatissement des papilles ;

4° Sans nier la possibilité de voir une hyperkératose localisée ressemblant aux verrues dans les lésions causées par le traumatisme ou par les corps étrangers, il est démontré que de telles altérations peuvent être produites par un virus filtrant.

TRAITEMENTS INTERNES

I. — MAGNÉSIE.

Elle a été employée pour la première fois par Lambert (de Hagueneau); il s'agissait d'une malade atteinte à la fois de gastralgie et de verrues vulgaires siégeant aux mains; à la suite d'ingestion abondante de magnésie, les verrues disparurent sans aucun traitement local.

Plus tard, Fonssagaves, dans ses *Leçons d'hygiène infantile* (1883), et Gueniot (1883), l'imitèrent avec succès. En 1886, Colrat, dans une communication à la Société Médicale de Lyon, préconise la magnésie comme traitement spécifique; de nombreux auteurs le citent même comme l'initiateur de cette méthode, quoiqu'elle fût employée bien avant lui.

Depuis, les cas de guérison par ce moyen simple et inoffensif se sont multipliés à foison. Morrow (1899) et Hall (1904) rapportent plusieurs bons résultats. Stellwagon l'a recommandée en association avec la liqueur de Fowler. Petges (1912) a fait disparaître en l'espace de 15 jours des verrues planes chez une femme de 28 ans par la magnésie calcinée à la dose de 4 gr. par jour pendant une

période de 10 jours. Le même auteur rappelle que Claoué avait guéri par le même procédé l'année précédente un enfant atteint de papillomes en nappe du larynx.

Enfin, récemment, au II^e Congrès Français de Dermatologie (Strasbourg, 1923) Greco de Buenos-Aires a rapporté qu'il employait ce médicament depuis 9 ans, par voie intra-veineuse, sous forme de chlorure de magnésium ; la guérison surviendrait entre 15 jours et un mois. « On pourrait affirmer que c'est une espèce de traitement spécifique des verrues », a-t-il conclu.

II. — ARSÉNIC.

Il est fort naturel de retrouver dans l'arsenal thérapeutique des verrues la drogue qui a été préconisée au XIX^e siècle à tort ou à raison dans le traitement d'innombrables dermatoses.

Employé pour la première fois par Pullin (1887), il a été par la suite trouvé utile par des maîtres tels que Jadassohn et Stellwagon. Dans un bel article sur les verrues planes, Herxheimer et Marx (1894) lui doivent plusieurs succès.

Pujol (1913) cite le cas d'un syphilitique, porteur de verrues, chez lequel il constata leur disparition complète au bout de 3 injections d'arsenobenzol. L'auteur crut d'abord à une simple coïncidence, mais en fouillant dans la littérature, il retrouva deux cas analogues de Loeb (*Deutsche Med. Woch.*, 1913).

Siemens (1922) a recommandé l'injection locale d'une solution de 606 dans le chlorure de sodium.

Sutton (1926) a eu 6 résultats heureux sur autant de tentatives en employant le sulfarsénol par voie intra-musculaire.

III. — MERCURE.

White (1915) a été consulté par la femme d'un médecin pour des lésions très étendues de verrues planes. A ce moment là on pensait à la possibilité d'un protozoaire à l'origine de ces tumeurs, et l'auteur s'est demandé si le mercure ne serait pas utile. Il l'a donc employé sous forme de protoiodure par voie buccale ; la guérison complète est survenue au bout d'un mois sans aucun traitement local. Par la suite six cas successifs se sont montrés aussi dociles à ce traitement. « L'utilité du mercure dans cette affection est apparemment inconnue aux médecins. Il suit, donc, qu'à l'avenir nous devons faire bénéficier tous les malades de ce moyen simple et efficace », a-t-il conclu.

Fox (1922) est arrivé à des conclusions identiques.

IV. — TEINTURE D'IODE.

Imossi (1889) a rapporté 10 succès sur 10 cas entrepris.

V. — TEINTURE DE THUYA.

Elle a été conseillée par divers auteurs à la dose de 40 gouttes par jour.

Sicard et Larue (1904) ont recommandé l'injection de quelques gouttes *in situ*, au-dessous même de l'hyperplasie papillaire. D'après eux, ce serait « une méthode d'application facile avec réaction peu douloureuse, et d'efficacité certaine ».

VI. — HUILE DE RICIN.

Watson (1903) a attribué dans l'étiologie des verrues une part importante à l'intoxication gastro-intestinale ; pour lui l'action curative de la magnésie revient à son pouvoir purgatif. En concordance avec sa théorie il a rapporté plusieurs succès avec l'huile de ricin.

De toutes ces médications internes c'est la magnésie qui a réuni le plus grand nombre de partisans. Les uns lui doivent des résultats éblouissant et la considèrent comme un véritable spécifique. Il n'y a guère de précis de dermatologie qui ne lui ait consacré quelques lignes. On ne saurait mettre en doute la sincérité d'un maître comme Radcliffe Crocker, par exemple, quand il écrit: « Jusqu'à ces dernières années on n'employait que les traitements

locaux. Mais Colrat de Lyon a démontré l'utilité de la magnésie. Je peux confirmer cette efficacité. » (*Disease of the Skin*, 1893). Par contre, d'autres n'ayant enregistré que des échecs ne lui décerne aucune place dans l'arsenal thérapeutique.

Nous retrouvons, d'ailleurs, la même diversité d'opinion en relisant les essais faits avec les autres drogues. Pourquoi les uns n'ont-ils eu que des succès, les autres que des déboires ? Comment expliquer les innombrables bons résultats obtenus par l'emploi de médicaments à propriétés chimiques et pharmacodynamiques si variées et si dissemblables ? Les divers rapporteurs de cas heureux ont presque tous soigneusement évité d'envisager la pathogénie de l'action curative de la médication dont il se sont servis. L'hypothèse de Watson, à savoir, une action désintoxicante liée au pouvoir purgatif de la drogue, n'a pas trouvé d'autres défenseurs. Une action élective et spécifique sur l'agent pathogène de l'affection ne s'appuie sur aucune base scientifique. La diversité même des substances qui pourraient se montrer efficaces ne cadre guère avec cette vue de l'esprit ; d'autre part nous savons bien qu'en dehors de quelques maladies telles que la syphilis et le paludisme nous ne possédons à l'heure actuelle aucun spécifique d'ordre chimique parmi les substances classées au Codex.

« Je ne sais comment agit la magnésie, mais elle réussit », disait Vulpian en 1886 ; en somme, nous ne sommes pas mieux renseignés aujourd'hui.

LA SUGGESTION

Parmi le peuple il a existé de tout temps d'innombrables remèdes bizarres et extravagants à nos yeux aujourd'hui, que l'on a prôné à tort ou à raison. De nombreuses personnes jouissaient d'une réputation incontestée, même méritée peut-on dire, car elles réussissaient fort souvent à faire disparaître les verrues, du jour au lendemain pour ainsi dire. A la campagne les paysans croient toujours avec la plus grande certitude, même à l'heure actuelle, à l'efficacité de l'application locale du suc de certaines plantes telles que le figuier sauvage et surtout la grande chélidoine.

Or, si ces méthodes règnent souveraines, si cette foi n'est pas encore ébranlée, c'est justement à cause de leur utilité. Les moyens les plus variés, qui n'ont rien de commun entre eux que leur caractère anodin, sont donc parfois capables de faire flétrir une verrue spontanément sans laisser la moindre trace par la suite. Voici un fait dont la réalité ne saurait être mise en doute. Et pourtant, jusqu'aux dernières années du xix^e siècle, les médecins n'avaient jamais prêté la moindre attention à ces méthodes qu'ils avaient systématiquement rejetées comme insensées. En 1880 Samier a notamment

écrit dans sathèse : « Si nous parcourons les anciens ouvrages nous y trouvons des détails très curieux touchant le traitement des verrues, et nous sommes étonnés de la quantité de remèdes, tous aussi ridicules les uns que les autres, employés à combattre ces tumeurs. Ce qui explique le succès de tous ces moyens bizarres, c'est la facilité avec laquelle nos pères rapportaient à une simple coïncidence la cause d'un fait. »

En 1893, Gibert a fait une petite communication fort intéressante à la Société de Psychiatrie ; c'est le premier rapport de ce genre que nous ayons pu retrouver dans la littérature moderne. Laissons-lui la parole : « Il y a quatre ans je soutenais à M. P. Janet que la suggestion à l'état de veille était capable de faire disparaître même des produits pathologiques organisés. Il m'en niait la possibilité... Il s'agit d'un garçon de 13 ans dont les mains n'avaient pas un seul interstice de peau saine entre les verrues. Je pris l'enfant par les deux mains, puis fixant les yeux du sujet, je lui demandai à haute et forte voix : Veux-tu être guéri? Comme il me répondait mollement, j'imprimai à plusieurs reprises la question en la répétant avec une certaine violence, jusqu'à ce qu'il me répondit avec un accent de conviction : « Oui, monsieur, je veux être guéri. — Alors, prends garde ! Je vais te laver avec de l'eau bleue, mais si dans 8 jours tu n'es pas guéri, je te laverai avec de l'eau jaune... » Huit jours après il ne restait que 2 ou 3 verrues. »

Quatre ans plus tard Roussel a fait publier une étude instructive sur ce sujet. Il a constaté que le pourcentage de guérisons ne variait pas avec la dose dans l'administration d'une médication interne ; la magnésie se montrait, par exemple, aussi efficace à 0 gr. 10 par jour qu'à 1 gramme. Pour lui tous les traitements non destructeurs se rattachent à la psychothérapie. « L'explication de ces faits contradictoires (la diversité d'opinion sur l'efficacité relative des différents agents) ne peut être trouvée que dans une suggestion inconsciente exercée par le médecin sur un malade », conclut-il.

Depuis un grand nombre d'auteurs sont arrivés à des conclusions identiques ; on trouve ces travaux mentionnés dans la plupart des précis dermatologiques modernes. M. Darier, par exemple, écrit, après avoir énuméré les différents traitements : « Ces divers moyens peuvent réussir ; encore faut-il tenir compte d'un fait, qui est surprenant mais affirmé par de nombreux auteurs dignes de foi : c'est que la simple suggestion peut avoir le même effet. »

Le médecin suisse, Bonjour, emploie ce moyen depuis plus de trente ans, à l'exclusion de tout autre. D'après lui, si la disparition ne survient pas dès la première séance, il ne faut pas se décourager car elle viendra à coup sûr après une deuxième, troisième, ou même une quatrième séance. « Les verrues guérissent dans tous les cas *sans exception* par la suggestion », dit-il. « Moins on s'en occupe, plus vite elles s'atrophient. La foi n'est pas nécessaire...

Le mode d'application, est, du reste, fort simple, Souvent je bouche les yeux du patient pour le laisser dans l'ignorance, puis je ne fais rien ou bien je touche les verrues de mon doigt, et je finis ma séance de quelques secondes en lui disant : Vous ne sentirez plus vos verrues dès aujourd'hui et elles disparaîtront. »

La preuve la plus convaincante de l'utilité de la psychothérapie ressort des travaux tout récents (1927) du professeur Bruno Bloch de Zurich. Cet auteur a employé ce procédé dans tous les cas qui se sont présentés à lui pendant une période de deux ans et demi. Il a ainsi réussi à réunir plus de 200 cas, dont 179 contrôlés. Dans 54 % des cas la guérison a été complète ; la moitié de ces malades guéris s'étaient déjà faits traiter par les divers moyens connus, même la radiothérapie. Le sexe des malades et le nombre des verrues n'ont joué aucun rôle. Par contre, comme on aurait pu s'y attendre, le pourcentage de guérisons a été plus élevé chez les enfants (surtout au-dessous de 6 ans) que chez les adultes (pourtant 40 % de bons résultats chez ceux-ci).

Voici donc un fait plein d'intérêt et de la plus grande valeur pratique. Le traitement spécifique des verrues reste encore à trouver ; le même agent thérapeutique, qu'il soit interne ou externe, médicamenteux ou mécanique, aboutit à des résultats éminemment variables. La simple suggestion se montre aussi efficace que le traitement physique le

plus énergique ! La science a fini par corroborer dans ces dernières années à une opinion populaire qui règne depuis des siècles !

Le mode d'application de la psychothérapie peut se varier à l'infini. Badigeonnage avec une substance colorante telle que l'éosine, ingestion d'un cachet de bleu de méthylène, simple frottement de la verrue avec un bâtonnet, n'importe quoi en somme peut réussir comme il peut ne pas réussir. Le point essentiel est de faire croire au malade qu'il subit un traitement on ne peut plus énergique.

Les divers procédés empiriques sont connus d'un très grand nombre de personnes. Il n'y a guère de sujet, atteint de cette affection depuis un temps assez long, qui n'ait bénéficié d'un de ces nombreux remèdes ; le malade, agissant de bonne foi, voit flétrir ses verrues en quelques jours, et au bout d'un mois il a de la peine à retrouver l'endroit même où elles siégeaient. On trouve peut-être ici, la raison pour laquelle on prétend que les verrues disparaissent toujours spontanément après avoir persisté un temps « x » qui peut néanmoins se prolonger pendant plusieurs années.

Comment agit la suggestion ? Dans l'état actuel de la science il est difficile de comprendre le mécanisme de la guérison ; aucune explication offerte jusqu'ici n'est suffisante. Nous sommes en présence d'un phénomène d'autant plus curieux qu'il s'agit d'une maladie contagieuse et microbienne selon toute vraisemblance. « Le médecin doit savoir dire : « J'ignore », comme dit M. Sabouraud.

L'AUTODERMOTHÉRAPIE

En traitant quelques éléments d'une dermatose on se réserve parfois la surprise agréable de voir survenir la disparition des éléments non touchés par l'agent employé. C'est à ce fait curieux que notre maître M. Ravaut a donné le nom d'autodermothérapie.

Déjà en 1888 Lassar employait l'électrolyse sur quelques éléments. Dans la littérature on retrouve de nombreuses observations analogues à la suivante: Disparition des verrues de la main gauche après une séance de radiothérapie sur la main droite. Aux environs de 1890, Emile Vidal a démontré scientifiquement l'existence d'une verrue mère qui engendre par la suite des verrues filles ; peu de temps après, Roussel a constaté que l'on pouvait débarrasser une personne de toutes ses verrues en ne traitant que la verrue mère.

On invoque souvent la suggestion comme explication de l'autodermothérapie. Il s'agit pourtant d'un phénomène beaucoup plus complexe car il se montre utile dans des affections qui ne rentrent pas dans le domaine de la psychothérapie. Les rayons X appliqués sur quelques tumeurs leucémiques ont parfois

pu faire fondre des lésions à distance. M. Ravaut a réussi plusieurs fois à blanchir des psoriasiques en électrocoagulant quelques plaques. Chez les grands acnéiques, notre maître M. Ferrand nous a souvent montré des améliorations surprenantes survenues après un traitement énergique des éléments du dos.

Il y a donc lieu de rattacher ce phénomène à une perturbation humorale profonde liée peut-être dans le cas particulier des verrues à la bactériolyse et à la libération des toxines. C'est en somme un sujet dont l'étude est encore à peine ébauchée à l'heure actuelle, un sujet digne d'investigations plus pénétrantes car il se peut que l'on en tire des renseignements précieux sur la pathogénie de nombreuses maladies.

TRAITEMENTS EXTERNES

Nous ne nous proposons pas de passer en revue tous les traitements externes, car s'ils réussissent à faire disparaître momentanément ces productions ils n'empêchent pas la récurrence, tout autant que les traitements internes les plus anodins. D'autre part, beaucoup d'entre eux laissent par la suite des cicatrices, ce que le médecin ne doit pas encourager, étant donné que les verrues disparaissent pour ainsi dire toujours spontanément après un temps variable sans laisser de trace.

Les traitements par la chaleur et l'électricité (électrolyse, rayons X, ionisation au magnésium, etc.) ont été décrits en grands détails par Nahan dans sa thèse (Paris, 1912). La cryothérapie a fait le sujet de la thèse d'Arion (Paris, 1925). On a abandonné depuis longtemps les procédés mécaniques tels que le grattage et les scarifications. Quant aux médications externes (les divers caustiques tels que l'acide nitrique), leur grand nombre témoigne bien de leur médiocrité.

Nous ne nous arrêterons qu'à un seul procédé externe, à savoir la diathermo-coagulation, qui convient particulièrement dans quelques cas spéciaux.

L'ÉLECTROCOAGULATION

La diathermo-coagulation ne constitue qu'une application spéciale des courants de haute fréquence (ou darsonvalisation, non adopté définitivement au Congrès International de Physiothérapie tenu à Berlin en 1913).

La belle découverte des propriétés de ces courants en rapport avec le corps humain revient entièrement au prof. d'Arsonval du Collège de France. C'est lui qui les a étudiés à fond dans divers rapports à l'Académie des Sciences à la fin du siècle dernier. Dans une de ses premières communications qui date de 1890, il a notamment annoncé : « J'ai pu faire traverser mon corps par un courant de plus de trois ampères sans autre sensation qu'un sentiment de chaleur au niveau des poignets ». Peu de temps après ses expériences ont pu être contrôlées par Cornu et Marey. C'est en 1896 que cette nouvelle arme thérapeutique a été utilisée par M. d'Arsonval lui-même, pour la première fois sur un malade à l'Hôtel-Dieu. Il a fallu pourtant de longues années pour qu'elle devienne d'usage courant en médecine. Au début du siècle les appareils étaient encore trop coûteux et il n'y avait pas de service d'électrologie dans les hôpi-

taux. « La diathermie est venue trop tôt à une physiothérapie trop jeune », comme l'a dit le professeur Bergonié. La vulgarisation de ce nouveau procédé puissant ne s'est guère effectuée avant 1912.

Nous rappelons que les courants de haute fréquence sont constitués par des décharges alternatives, dont la fréquence atteint les chiffres invraisemblables de plusieurs millions (et même au delà) par seconde. Pour avoir une réponse à une excitation électrique il faut une durée minima d'excitation et une intensité minima qui se décompose en une intensité fixe à laquelle s'ajoute une intensité variable avec la durée de l'excitation. Or, c'est précisément le caractère alternatif de ces courants qui explique le fait paradoxal qu'un courant de trois ampères, de 100.000 volts, de plusieurs millions d'oscillations par seconde ne produit, en traversant le corps humain, qu'une sensation de chaleur, tandis que l'électrocution se fait rapidement avec un courant galvanique de basse tension (500 volts par exemple).

Pour créer ces courants oscillatoires de haute fréquence, il faut une source de potentiel élevée, une étincelle, un condensateur et une self-induction. Le potentiel élevé s'obtient à l'aide d'un transformateur, dans lequel on trouve un accouplement d'un circuit primaire et un circuit secondaire dans un champ magnétique, ce qui multiplie la tension du courant dans le circuit secondaire aux dépens de son intensité. L'éclateur est constitué par deux pointes pla-

cées l'une en face de l'autre, séparées par une distance réglable; c'est à travers cette distance qu'éclate la pluie d'étincelles qui déclanchent le courant oscillatoire. Le condensateur peut être comparé à un réservoir constamment rechargé par la source de potentiel, et où l'énergie électrique s'accumule et s'élimine par brusque décharge. Enfin, la self (autrement dit, la résistance) est formée par un fil métallique contourné en hélice.

La diathermo-coagulation par les courants de haute fréquence s'opère normalement en faisant passer le courant électrique entre une électrode (passive) de grande superficie appliquée sur une région quelconque du corps et une électrode coagulante (active) de superficie minime, appliquée sur les tissus à coaguler. Les lignes de force électrique passant par la grande électrode convergent toutes vers la petite électrode et ainsi concentrées donnent un effet chauffant qui coagule les tissus dans le voisinage de celle-ci. Si l'intensité du courant est plus forte, le plan sous-jacent sera lui aussi coagulé à une profondeur qui dépend de la durée de l'application.

La destruction des tissus par ce procédé présente plusieurs avantages :

1) Il s'agit d'une méthode souple, parfaitement réglable, où l'on peut produire la mortification des tissus à distance en faisant varier l'appareillage. C'est nettement une supériorité sur des agents tels que la neige carbonique et le galvano-cautère, par

exemple, où la destruction ne se fait que sur les cellules avec lesquelles il y a contact immédiat ;

2) La durée de l'opération est toujours très courte. Pour une verrue plantaire, elle ne dépasse guère cinq secondes ; l'anesthésie, tant locale que générale, est donc le plus souvent inutile ;

3) Il n'y a jamais d'hémorragie ; l'hémostase se fait automatiquement par la cautérisation à froid des vaisseaux compris dans la zone à mortifier ;

4) La stérilisation des tissus détruits est elle aussi automatique ; les soins d'asepsie sont réduits au minimum ;

5) La cicatrice consécutive à la réparation du tissu est souple, non-rétractile.

Il faut cependant remarquer qu'il s'agit d'une méthode douloureuse où le malade éprouve un mélange très désagréable de chaleur et d'étincelles électriques ; mais cet inconvénient n'entre guère en ligne de compte pour le traitement des verrues où la durée de l'opération ne dépasse pas quelques secondes. D'autre part, il n'y a pas d'action élective sur les tissus néoformés ; l'utilisation de la diathermo-coagulation nécessite donc un long apprentissage ; pour doser exactement l'effet destructeur désiré il faut une grande habitude.

Que devient le tissu électro-coagulé ? Il se transforme en une escarre qui s'élimine spontanément au bout d'une quinzaine de jours. Cette escarre doit être respectée ; il ne faut pas l'arracher sous peine de voir survenir des hémorragies secondaires. La

régénération se fait rapidement par la suite avec la formation d'une cicatrice souple et non rétractile.

De ce qui précède découle toute une série d'indications thérapeutiques, dont notre maître M. Ravaut eut le grand mérite d'être l'initiateur, en 1912, pour le domaine de la dermatologie. Ce qui rend la diathermo-coagulation particulièrement utile, c'est cette propriété spéciale d'agir sur les tissus qui sont dans le voisinage de l'électrode mais non pas en contact immédiat avec elle ; de là sa supériorité nette sur le galvanocautère et la neige carbonique. Cette faculté rend l'emploi de cet agent thérapeutique pour ainsi dire indispensable dans le traitement du nævocarcinome, où la métastase ne se produit jamais si on prend la précaution de coaguler préalablement le pourtour de la lésion, selon la technique de M. Ravaut. Dans les mycoses profondes, telles que l'actinomycose de la joue, la médication iodo-iodurée échoue très souvent, car elle ne peut atteindre la lésion même à cause de l'enkystement qui s'est produit autour du bloc mycosique ; le traitement idéal de ces lésions consiste dans l'emploi de la solution de Lugol par voie intra-veineuse (que M. Ravaut a été le premier à préconiser) après avoir préalablement ouvert les foyers par l'électrode diathermique.

Employée dans un but esthétique, la diathermo-coagulation rend aussi de grands services. Les téléangectasies du nez, les angiomes stellaires, les petits fibromes du visage, se traitent admirablement par

un courant très faible, ce qui permet la coagulation des tissus en profondeur sans laisser de cicatrice par la suite.

En somme, le champ d'application de cette méthode nouvelle s'agrandit de jour en jour; bien que son emploi ne dépasse guère une quinzaine d'années, elle constitue déjà une arme indispensable pour le dermatologiste.

En ce qui concerne les verrues, ce procédé de destruction est à conseiller dans les cas où un traitement actif s'impose. Si les verrues n'occasionnent aucune gêne dans la majorité des cas, il y en a, telles que les variétés plantaires et sub-unguéales, qui sont fort douloureuses à cause de leur siège. Le malade est ainsi amené à consulter avant que l'auto-inoculation en soit faite; le nombre à détruire est généralement unique ou discrètement multiple. Le sujet atteint réclame souvent un traitement d'urgence. Or, dans ces cas là, la diathermo-coagulation constitue un traitement de choix, les verrues étant définitivement détruites en une seule séance au bout de quelques secondes.

CONCLUSIONS

De cette étude nous concluons que la conduite à tenir devant un malade atteint de verrues vulgaires devrait être la suivante :

1° Tenter toujours en premier lieu la suggestion sans se décourager après un premier échec ; varier les formes sous lesquelles on la pratique en assurant au malade qu'il bénéficie d'un traitement très énergique (ce qui correspond en effet à la réalité, étant donné les résultats surprenants obtenus parfois) ;

2° Entreprendre ensuite un traitement interne, dont le plus utile semble être la magnésie sous toutes les formes.

(Se rappeler toujours que la psychothérapie et les médicaments internes donnent des résultats esthétiques idéals. La plupart des agents physiques laissent des cicatrices, ce qui a une certaine importance, étant donné que les verrues vulgaires siègent presque toujours sur les parties découvertes).

3° Avant d'entreprendre la destruction de tous les éléments, essayer l'autodermothérapie. La destruction de la verrue mère peut suffire pour amener la disparition spontanée des autres éléments ;

4° Il y a pourtant des cas où l'on a tout intérêt à

ne pas s'éterniser sur un traitement qui peut être long. Dans les verrues plantaires et sous-unguéales, la gêne occasionnée de par leur siège amène les malades à consulter assez tôt, de sorte que le nombre de lésions est le plus souvent soit unique, soit discrètement multiple. Dans ces cas-là un traitement d'urgence s'impose pour éviter les auto-inoculations. La diathermo-coagulation constitue la méthode de choix, élégante et sûre, la destruction complète étant effectuée au bout de quelques secondes en une seule séance.

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Arion.* — Cryothérapie. Thèse Paris, 1925.
Bloch. — Suggestion (Klin. Woch., 26 nov. 1927).
Bonjour. — Suggestion (Presse Méd., 3 mars 1923).
Bordier. — La Diathermie, 1929, 3^e édition
Corneau. — La Diathermie. Thèse Paris, 1882.
Donot. — Verrues Planes. Thèse Paris, 1900.
Dubreuilh. — Article « Verrues » (Pratique Dermatologique).
Fox — Mercure (N.-Y. Derm. Soc., 16 mai 1922).
Gibert. — Suggestion (Ann. de Psychiatrie, 1893).
Greco. — $MgCl_2$ (III^e Cong. Fr. Derm. Strasbourg, 1923).
Guérin. — Végétations. Thèse Paris, 1926).
Hall. — Magnésium (Brit. Journ. Derm., 1904).
Jackson. — Removal of warts (Jour. Cut. Dis., 1904).
Le Pontois. — Thèse Paris, 1920.
Leroux-Robert. — Haute Fréq en O.-R.-L.
Lindsay. — Novarsenobenzol (Jour. Cut. Dis., 1924).
Maigre. — C. R. Soc. de Biologie, 1926.
Montgomery. — Etiologie (J. Amer. Med. Ass., 22 avril 1911).
Morrow. — Mg et Thuya (Ann. Derm., 1899 ; N.-Y. Derm. Soc.).
Nahan. — Trait. Electriques. Thèse Paris, 1912.
Nini. — Suggestion (Presse Méd., 3 mars 1923).
Orlowski. — Suggestion (Presse Méd., 14 juil. 1923).
Petges. — Mg calcinée (Gaz. Hebd. de Bordeaux, 1912).
Pullin. — Arsenic (Bristol Méd. Clin. J., 1887).
Pujol. — 606 (Toulouse Méd., 15 mai 1913)
Ravaut. — Autodermothérapie (Soc. Franc. Derm., 1927).
Roussel. — Suggestion (Loire Méd., 1897).
Samier. — Thèse Paris, 1880.
Stellwagon. — Mg avec liqueur de Fowler (J. Cut. Dis., 1906).
Sutton. — Sulfarsenol (J. Amér. Méd. Ass., 2 oct. 1926).
Sicard et Larue. — Thuya (Gaz. des Hôp., 8 oct. 1908).
White. — Mercure (J. Cut. Dis., 1915).
Wile. — Etiologie (J. Amér. Méd. Ass., 27 sept. 1919).
Wasson. — Huile de Ricin (Brit. J. Derm., 1903).



